



DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E CUIDADO  
INFANTIL

PACOTE PROFISSIONAL DE INSCRIÇÃO DA  
CERTIFICAÇÃO PARA OS CANDIDATOS QUE  
TRABALHAM EM PROGRAMAS EM  
PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E CUIDADO  
INFANTIL

ENTRE EM CONTATO COM EEC LIGANDO PARA  
(617) 988-6600  
PERGUNTE PELA  
UNIDADE PROFISSIONAL DE QUALIFICAÇÃO OU  
ENVIE UM E-MAIL AO EEC  
[EECPROFDEV@MASS.GOV](mailto:EECPROFDEV@MASS.GOV)

EDUCAÇÃO E CUIDADO INFANTIL  
APLICAÇÃO REVISADA: FEVEREIRO DE 2018

# PACOTE PROFISSIONAL DE INSCRIÇÃO DA CERTIFICAÇÃO PARA OS CANDIDATOS QUE TRABALHAM EM PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM MA

---

## INTRODUÇÃO

---

Este pacote de inscrição inclui informações para ajudá-lo a concluir sua inscrição corretamente. Por favor, revise cuidadosamente o documento de requisitos da Certificação de Qualificação Profissional e as Perguntas Frequentes antes de concluir sua inscrição.

**Nota:** Os candidatos que atualmente vivem fora do Massachusetts e não trabalham dentro dos programas licenciados de Massachusetts, devem completar a *Inscrição Internacional Fora do Estado*. Candidatos com curso internacional devem completar a *Inscrição Fora do Estado e Internacional*.

## O QUE É A CERTIFICAÇÃO EEC?

---

Para trabalhar em uma instituição grande para cuidado infantil como Professor, Professor Principal ou Diretor, um educador precisar estar certificado pelo EEC. Há seis cargos:

Professora de Educação Infantil

Professora Principal de Educação Infantil

Diretor I

Professora de Pré-Escolar

Professor Principal de pré-escolar

Diretor II

**Por favor, consulte as Exigências Adicionais do regulamento 606 CMR 7.09 do CEE (18) para Programas de Cuidado Infantil em grupos Grandes e em Idade Escolar atendendo Crianças Menores da Idade Escolar. Para mais informações, acesse <http://www.mass.gov/edu/birth-grade-12/early-education-and-care/licensing/licensing-resources-for-group-and-school-age-child-care-programs/licensing-regulations-for-group-and-school-age-child-care..html>**

## QUEM PODE SE CANDIDATAR?

---

As inscrições serão processadas apenas para quem já está **trabalhando** ou **procurando um emprego** em um programa de educação infantil em Massachusetts.

**Por favor tenha em mente:**

- Os candidatos que atualmente vivem fora de Massachusetts e não trabalham dentro dos programas licenciados de Massachusetts, devem completar a *Inscrição Fora do Estado e Internacional*.
- Candidatos com curso internacional devem completar a *Inscrição Fora do Estado e Internacional*.

## COMO SE INSCREVER PARA A CERTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PARA EDUCADOR

---

1. Você deve concluir a inscrição para a Certificação de Qualificação Profissional para Educador do EEC (páginas 4 e 5)
2. Enviar a inscrição concluída com a documentação de suporte exigida, que pode incluir algum (ou todo o) os seguintes:
  - a. Transcrição de faculdade oficial ou transcrição eletrônica com a página de autenticação anexada.  
***As cópias não serão aceitas.***
  - b. Anexar cópia do Diploma de Ensino Médio ou G.E.D. se você está se inscrevendo para professor OU é menor de 21 anos; *(se aplicável)*
  - c. Cópia do diploma se não estiver na transcrição.
  - d. Formulários da verificação do trabalho que verificam experiências de trabalho por um professor ou por um Professor Principal ou Diretor supervisor do EEC. ***Você não pode verificar a sua própria experiência ou alterar os formulários assinados.***
  - e. Enviar uma cópia da sua Licença PreK-2 / K-3 se você possuir uma Licença do Departamento de Educação Fundamental e do Ensino Médio (DESE).
  - f. Enviar ***Original de*** Sócio de Desenvolvimento Infantil (CDA) do Conselho Nacional de Reconhecimento, Certificado Montessori ou Certificado de Especialista em Intervenção Precoce (MA DPH). ***Cópias não podem ser aceitas; o original será devolvido a você por correio certificado, após ser verificado.***
  - g. Certificados de treinamento originais de uma organização aprovada pelo EEC que indicam que o treinamento é aprovado para CEUs. ***Cópias não podem ser aceitas; o original será devolvido a você por correio certificado, após ser verificado.***  
***(PDPs ou verificação de presença em oficinas não podem substituir os CEUs e não serão aceitos).***

### Inscrição do EEC por correio:

**Departamento de Educação e Cuidado Infantil  
Unidade de Qualificação Profissional  
51 Sleeper St. 4th Floor  
Boston, MA 02210**

Os candidatos que estiverem com documentação incompleta ou não atenderem qualquer um dos critérios de qualificação do EEC serão devolvidos com um aviso de explicação e acompanhamento.

**Nota:** Obter um número de registro de qualificação profissional (PQR) (que é exigido pelo Regulamento) **Não** certifica os candidatos. A certificação do EEC só pode ser obtida através do processo definido neste pacote de inscrição.

**Para perguntas, entre em contato com o EEC:**

**Telefone:** (617)988-6600 (pergunte pela Unidade de Qualificação Profissional)

**E-mail:** [eecprofdev@mass.gov](mailto:eecprofdev@mass.gov)

## INSCRIÇÃO PARA A CERTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

---

**Por favor, preencha toda esta inscrição e anexe toda a documentação de suporte. Inscrições incompletas ou faltando documentação necessária serão devolvidas para reapresentação com os materiais solicitados.**

### ASSINALAR UMA

Esta é a minha primeira inscrição no EEC

Atualização de inscrição para Certificação # \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome

Sobrenome

Último nome

Nome de solteira (se for o caso): \_\_\_\_\_  
\_/\_/\_

Data de Nascimento:

(DOB requerido)

Os últimos quatro dígitos do seu número de Seguro Social/INSS: XXX-XX-\_\_\_\_ E-mail:

(Necessário inserir os últimos quatro dígitos do número de Seguro Social/INSS)

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Rua

Apto. Nº

CIDADE, ESTADO, CEP

Telefone Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço de correspondência (se for diferente do primeiro endereço informado):

Rua

Apto. Nº

CIDADE, ESTADO, CEP

**For Office use only:**

Date Received:	Certified for: T(IT) T(PS) LT (IT) LT (PS) DI DII	
Reviewed by:	Date Certificate Issued:	Certificate #:
Reviewed Date:	Incomplete Letter Sent:	

**POR FAVOR, ANEXE OS SEGUINTES DOCUMENTOS EXIGIDOS**

- Anexar Formulário de Inscrição (**assinado e datado**)
- Transcrição oficial da faculdade ou transcrição eletrônica com a página de autenticação anexada. **As cópias não serão aceitas.** (requerido)
- Anexar cópia do Diploma de Ensino Médio ou G.E.D. se você está se inscrevendo para professor OU é menor de 21 anos; (**se aplicável**) (**se aplicável**)
- Cópia do diploma se não estiver na transcrição. (**se aplicável**)
- Formulários da verificação do trabalho que verificam experiências de trabalho por um professor ou por um Professor Principal ou Diretor supervisor do EEC. **Os candidatos não podem verificar a sua própria experiência ou alterar os formulários assinados.**
- Enviar uma cópia da sua Licença do Departamento de Educação Fundamental e do Ensino Médio (DESE). Veja a seção para uma lista de licenças aceitáveis. (**se aplicável**)
- Enviar **Original de** Sócio de Desenvolvimento Infantil (CDA) do Conselho Nacional de Reconhecimento, Certificado Montessori ou Certificado de Especialista em Intervenção Precoce (MA DPH). **Cópias não podem ser aceitas; o original será devolvido a você por correio verificado, após ser verificado. (se aplicável)**
- Certificados de treinamento originais de uma organização aprovada pelo EEC que indicam que o treinamento é aprovado para CEUs. **Cópias não podem ser aceitas; o original será devolvido a você por correio verificado, após ser verificado. (PDPs ou verificação de presença em oficinas não podem substituir os CEUs e não serão aceitos).**
- Mantenha uma cópia do seu pacote completo de inscrição para seus registros. (**Requerido**)

**NOTA: Envie apenas a documentação necessária. Por favor, NÃO enviar currículos, formulários de CORI, Primeiros Socorros, CPR, ou a informação médica.**

**ATESTADO DE INSCRIÇÃO**

(Assinatura necessária)

Eu atesto, tanto quanto sei, que todas as informações aqui contidas são verdadeiras e precisas.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Inscrição do EEC por correio:

Departamento de Educação e Cuidado Infantil  
Unidade de Qualificação Profissional  
51 Sleeper St. 4th Floor  
Boston, MA 02210

## VERIFICAÇÃO DO EEC SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO/PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO

**A ser preenchido pelo Empregador (Professor principal ou Diretor do programa) no Centro de Assistência Infantil em Massachusetts (Grupo Pequeno ou Grande)**

*Para ser certificado pelo Diretor da Instituição, os candidatos devem ter verificação de experiência cuidando de crianças menores de 7 anos (ainda não matriculadas no primeiro grau) ou crianças com necessidades especiais menores de 16 anos.*

Nome da Instituição (onde a experiência foi adquirida)  
programa se aplicável)

(por favor inclua o número do

Endereço da Instituição

Nome do Candidato

Endereço do Candidato

**Por favor, copie este formulário para preencher uma folha separada se as datas forem diferentes para cada cargo/faixa etária.**

**CARGO: (ASSINALAR UMA):**

Cargo: \_\_\_\_\_

**VERIFIQUE O (S) GRUPO (S) ETÁRIO(S)  
APLICÁVEL(S):**

Bebê/Criança (de 0 meses a 2.9 anos)

Pré-escolar (de 2.9 a 5 anos)

Idade pré-escolar / Idade escolar (de 2,9 a 6 anos)

Mista de Crianças/ Idade pré-escolar (de 15 meses a 5 anos)

Necessidades Especiais? Se sim, enumere as idades  
\_\_\_\_\_

## VERIFICAR O TIPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- Experiência geral de trabalho  
 Estágio em uma Faculdade ou Universidade credenciada ( O crédito para o estágio deve ser verificado pela transcrição oficial e este formulário assinado pelo supervisor da faculdade).

## INDICAR AS DATAS TRABALHADAS:

semana

A experiência de trabalho durou mais de 12 horas por

De: Mês/Dia/Ano a: Mês/Dia/Ano  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Circule uma:** Sim ou Não Se Não quantas horas por semana\_\_\_

## TIPO DE ANO (MARCAR UM)

- Ano completo (janeiro a dezembro)  Ano Letivo (setembro a junho)

**Eu atesto, tanto quanto sei, que todas as informações aqui contidas são verdadeiras e precisas.**

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_ Assinatura:  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_Nº Certificado EEC ou Nº Certificado DESE: \_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**RETORNE POR FAVOR O FORMULÁRIO PREENCHIDO E ASSINADO DA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO AO CANDIDATO**

## VERIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO/TRABALHO NO CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

---

### **A ser preenchido apenas por um fornecedor de cuidados infantis familiares (FCC)**

***A experiência de trabalho como um fornecedor da FCC conta para a certificação, que um candidato deve anexar sua licença mais recente do programa. Até os últimos 36 meses será verificado por experiência de trabalho. Todos os provedores da FCC devem ter uma licença em dia; O EEC confirmará esta informação verificando com o Licenciador do EEC designado e o supervisor de Licenciamento.***

Nº Programa EEC FCC \_\_\_\_\_ Nº Licença EEC  
FCC \_\_\_\_\_

Candidato da FCC: \_\_\_\_\_  
Primeiro nome, nome do meio, último nome

Endereço da FCC: \_\_\_\_\_  
Nº Rua Apto

\_\_\_\_\_  
Cidade Estado CEP

**VERIFIQUE O (S) GRUPO (S) ETÁRIO(S) APLICÁVEL(S):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bebê /Criança (de 0 meses a 2.9 anos)                       | <input type="checkbox"/> Idade pré-escolar / Idade escolar (de 2,9 a 6 anos)     |
| <input type="checkbox"/> Pré-escolar (de 2.9 a 5 anos)                               | <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais? Se sim, enumere as idades _____ |
| <input type="checkbox"/> Mista de Crianças/ Idade pré-escolar (de 15 meses a 5 anos) |  |

**DATAS DA EXPERIÊNCIA:**

De: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DD / MM / ANO DD / MM / ANO

*Eu atesto, tanto quanto sei, que todas as informações aqui contidas são verdadeiras e precisas.*

Nome do candidato da FCC: \_\_\_\_\_  
(Por favor, digite ou imprima claramente)

Assinatura do candidato do FCC: \_\_\_\_\_  
(Assinatura necessária)

Telefone: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## VERIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO/TRABALHO NO CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

---

### A ser preenchido apenas por um Assistente de Cuidados Infantis Familiares (FCC)

*A experiência de trabalho como assistente prestador da FCC conta para a certificação, desde que o Provedor da FCC seja certificado pelo Professor Principal do EEC. Um candidato deve anexar sua Certificação Assistente da FCC e o Professor Principal do EEC ou a Certificação do Diretor do Provedor da FCC.*

Nº Programa EEC FCC \_\_\_\_\_ Nº Licença EEC  
FCC \_\_\_\_\_

Candidato Assistente da FCC:

\_\_\_\_\_  
Primeiro nome, nome do meio, último nome

Endereço FCC: \_\_\_\_\_  
Nº Rua Apto

\_\_\_\_\_  
Cidade Estado CEP

### VERIFIQUE O (S) GRUPO (S) ETÁRIO(S) APLICÁVEL (S):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bebê/Criança (de 0 meses a 2.9 anos)                        | <input type="checkbox"/> Idade pré-escolar / Idade escolar (de 2,9 a 6 anos)     |
| <input type="checkbox"/> Pré-escolar (de 2.9 a 5 anos)                               | <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais? Se sim, enumere as idades _____ |
| <input type="checkbox"/> Mista de Crianças/ Idade pré-escolar (de 15 meses a 5 anos) |  |

### DATAS DA EXPERIÊNCIA:

semana?

De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DD / MM / ANO

DD / MM / ANO

A experiência de trabalho durou mais de 12 horas por

**Circule Um: Sim ou Não** Se Não, quantos? \_\_\_\_\_

*Eu atesto, tanto quanto sei, que todas as informações aqui contidas são verdadeiras e precisas.*

Nome do fornecedor da FCC: \_\_\_\_\_ Assinatura do fornecedor da FCC :

(Assinatura obrigatória)

Número de Certificado do Professor Principal da FCC / Diretor Certificado do EEC \_\_\_\_\_

**Telephone:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_